

CAZURI CLINICE

BRONHIA TRAHEALĂ – CAUZĂ RARĂ DE BRONȘIECTAZII

Oxana Munteanu¹ – dr. în șt. med., conf. univ., Leonid Onea² – imagist,

Victor Botnaru¹ – dr. hab. în șt. med., prof. univ.,

¹IP USMF „Nicolae Testemițanu”, ²Centrul Diagnostic German

Rezumat

Malformațiile căilor aeriene mari sunt rare și se întâlnesc în 3% din populația adultă. De obicei, anomaliile de bronhii sunt asimptomatice și depistate incidental. Prezentăm cazul unei paciente de 70 ani cu bronhie traheală complicată cu bronșiectazii în lobul superior pe dreapta și hemoptizii importante.

Cuvinte-cheie: bronhie traheală, bronșiectazii, hemoptizii

Summary. Tracheal bronchus – a rare cause of bronchiectasis

Abnormalities of the major airways are uncommon congenital conditions which occur in approximately 3% of the adult population. Usually aberrant bronchi are asymptomatic and are found by coincidence. We present a case of a 70-years-old woman with a tracheal bronchus complicated with bronchiectasis of the right upper lobe and severe hemoptysis.

Key words: tracheal bronchus, bronchiectasis, hemoptysis

Резюме. Трахеальный бронх – редкая причина бронхоэктазов

Пороки развития основных дыхательных путей относятся к числу редких пороков развития бронхолегочной системы, которые встречаются в приблизительно 3% взрослого населения. Обычно пороки бронхов протекают бессимптомно и выявлены случайно. Мы представляем редкий случай 70-летней женщины с трахеальным бронхом, осложненный бронхоэктазами в верхней доли правого легкого и кровохарканьем.

Ключевые слова: трахеальный бронх, бронхоэктазы, кровохарканье

Introducere

Bronhia traheală presupune prezența unui ram bronșic desprins de pe fața laterală a traheei deasupra nivelului bifurcației traheale, ram care deservește un teritoriu aparținând lobului superior al plămânului.

Malformațiile bronșice mai des sunt asimptomatice, dar la adulți pot favoriza infecții repetate cu modificări ireversibile tip bronșiectazii cu cirotizare de segment sau lob.

Caz clinic

Se prezintă cazul unei paciente de 70 ani, internată în mod urgent din cauza unei hemoptizii importante (100 ml sânge) declanșate de un acces de tuse la domiciliu. Are 5 copii și este cunoscută cu fibrilație atrială și valvulopatii de 20 ani, fiind în tratament cu diuretice și digitale. Relatează apariția hemoptiziiilor de 8 ani, iar în ultimii 2 ani semnalate câteva episoade cu hemoptizii importante. Nu are arhivă imagistică pentru anii precedenți, dar menționează că nu a suportat tuberculoză pulmonară. Primul episod de pneumonie apare după o intervenție chirurgicală pe genunchi.



Figura 1. Radiografia toracelui în incidență posteroanterioră atestă condensare pulmonară în lobul superior pe dreapta cu modificări retractile (reducerea volumului, devierea traheii spre dreapta, ascensionarea hilului), cardiomegalie

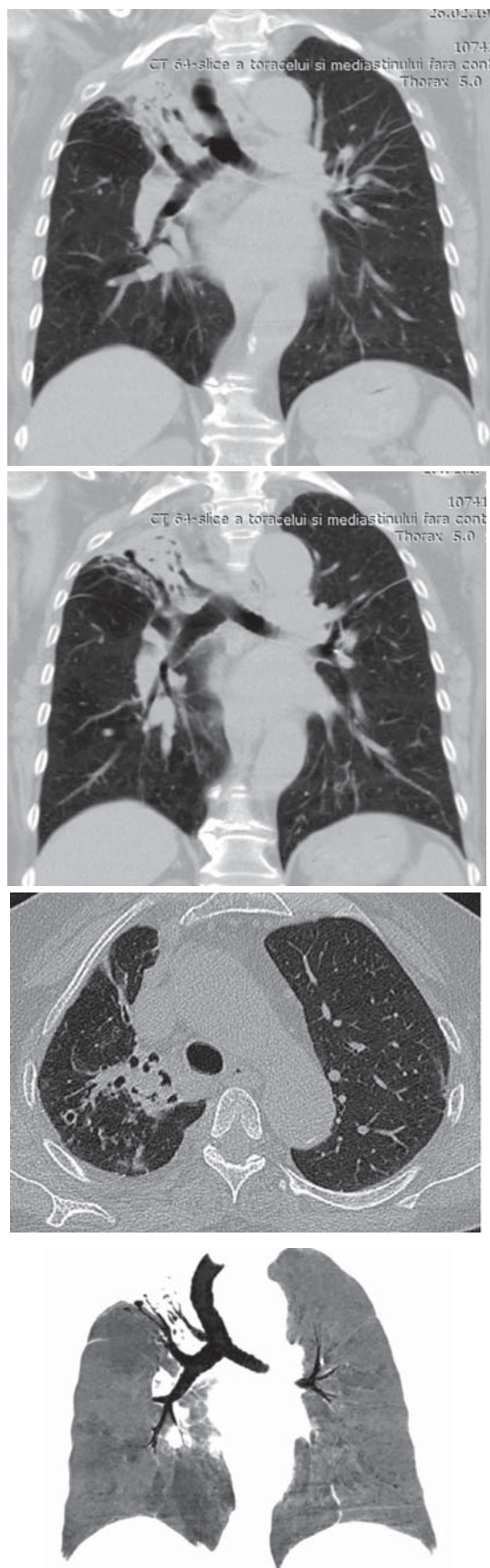


Figura 2. Computer tomografia de rezoluție înaltă prezintă bronhul traheal (săgeți), cirotizarea lobului superior pe dreapta, multiple bronșiectazii cilindrice, varicoase

Radiografia toracelui (figura 1) pune în evidență o opacitate omogenă în lobul superior pe dreapta, cu micșorarea lobului în dimensiuni și tracțiunea craniană a hilului, devierea spre dreapta a traheei, care au dictat diferențierea de tuberculoză sau neoplasm.

Examenul bacteriologic al sputei a identificat stafilococul auriu, iar testele moleculare rapide au permis excluderea infecției cu *Micobacteria tuberculosis*.

Examenul imagistic prin computer tomografie cupe fine (figura 2) a permis diagnosticarea anomaliilor de căi aeriene prin vizualizarea bronhiilor traheale adevărate, dar și cirotizarea lobului superior pe dreapta cu multiple bronșiectazii (sursa probabilă a hemoptiziilor).

Discuții

Bronhia traheală, primele descrieri ale căreia au fost făcute de către Eduard Sandifort încă în 1785, rămâne a fi un subiect de cercetare atât pentru clinicieni, cât și pentru morfopatologi. Având o incidență de 0,1-2%, de cele mai multe ori bronhia traheală este găsită întâmplător în timpul unei bronhoscopii sau tomografii [1-3].

Mai des bronhia traheală își are originea din perețele din dreapta al traheii, iar raportarea în mai multe studii a prezenței sale și pe stânga a dezmințit ipoteza localizării exclusive pe dreapta. Sunt descrise asocieri cu alte malformații congenitale ale coastelor sau vertebrelor, dar și o incidență mai mare a acestei anomalii la pacienții cu sindrom Down [2].

Le Roux în 1962, examinând 1000 de bronhogramme consecutive, a descris 30 de variante de anomalii ale bronhiilor lobului superior pe dreapta. Bronhia anomală își poate avea originea oriunde de la carină până la cartilajul cricoid, dar mai frecvent în limitele a 2 cm de la carină [1]. Bronhiile traheale sunt clasificate în “dislocate” și “supranumerare” (figura 3).

O bronhie “dislocată” reprezintă o localizare cranială anomală a bronhiilor lobului superior pe dreapta sau a bronhiilor segmentare ale acestuia (mai des cea a segmentului apical). Atunci când bronhia lobului superior pe dreapta își are originea de la trahee, bronhia principală dreaptă este bronhia intermediară (alimentând lobul mediu și lobul inferior), iar malformația este numită “bronhie traheală adevărată” sau “bronhie de porc” (pig bronchus), aceasta fiind anatomia normală la porc. Dacă bronhia ce își are originea de la trahee alimentează doar segmentul apical, atunci bronhia principală dreaptă va avea aspect obișnuit, doar că bronhia lobului superior va fi bifurcată, alimentând segmentul anterior și posterior. Această malformație este numită “bronhie traheală apicală”. Arterele și venele, de obicei, au o anatomie păstrată în cazul bronhiilor “dislocate”.

Bronhia “supranumerară”, numită și diverticul

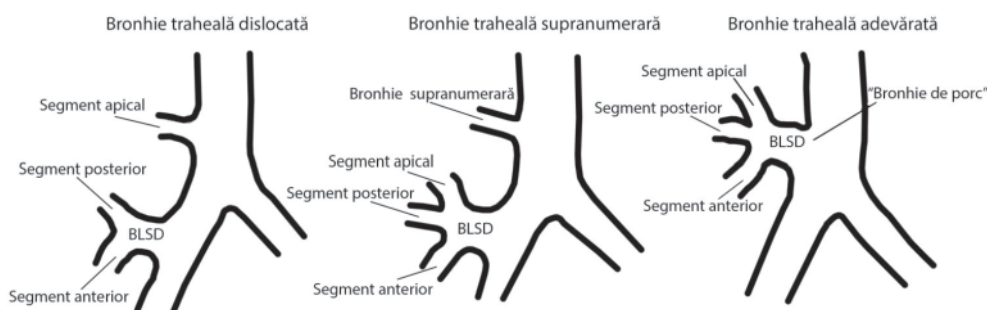


Figura 3. Tipurile de malformații pentru bronhia traheală.

traheal, are vasele proprii din sistemul arterei pulmonare [2, 3].

Deși, mai des este asimptomatică, la copii bronhia traheală este descrisă ca fiind asociată cu infecții recurente, stridor și chiar detresă respiratorie. La adulți cele mai mari dificultăți au fost descrise în cazul intubărilor endotraheale (tubul de intubație obtura lumenul bronhiei traheale, cauzând atelectazia segmentului sau lobului implicat, pneumonii post-obturaționale și chiar insuficiență respiratorie). Intubarea accidentală a lobului cu malformație poate cauza pneumotorace și ventilație inadecvată a țesutului pulmonar restant. Pacienții cu astfel de malformații cunoscute trebuie să preîntâmpine anesteziologul pentru a evita complicațiile. Au fost descrise câteva cazuri de carcinom pulmonar și chisturi adenomatoide cu pornire de la bronhia traheală [2, 4].

La adulți pneumoniile recidivante precum și dezvoltarea bronșiectaziilor complicate cu hemoptizie, condiționate de malformația tip bronhie traheală, din cauza rarității patologiei sunt descrise doar în prezentări de cazuri și nu în serii mari [4, 5].

În cazul prezentat dificultățile de diagnostic diferențial cu un cancer pulmonar și cu tuberculoza pulmonară au fost condiționate de hemoptizia importantă și modificările imagistice (micșorarea lobului în

dimensiuni, devierea traheii spre dreapta, tracțiunea hilului). S-ar putea presupune agravarea simptomatologiei după intubația pentru intervenția chirurgicală pe genunchi, dar în lipsa arhivei imagistice nu avem suficiente argumente. Rezecția chirurgicală a lobului afectat de bronșiectazii, care perpetuează infecția pulmonară, pare justificată prin potențialul de însănătoșire. În cazul nostru, diagnosticarea tardivă, după dezvoltarea modificărilor cirotice și a bronșiectaziilor, precum și patologia cardiovasculară concomitentă nu au permis rezolvarea chirurgicală a malformației.

Bibliografie

1. Le Roux B.T. *Anatomical abnormalities of the right upper bronchus*. J Thorac Cardiovasc Surg., 1962; 44(8):225-7.
2. Ghaye B., Szapiro D., Fanchamps J., Dondelinger R. *Congenital bronchial abnormalities revisited*. Radiographics, 2001;21(1):105-19.
3. Aoun N.Y., Velez E., Kenney L.A., Trayner E.E. *Tracheal bronchus*. Respir Care, 2004;49(9):1056-8.
4. Schweigert M., Dubecz A., Beron M., Ofner D., Stein H.J. *Pulmonary infections imitating lung cancer: clinical presentation and therapeutical approach*. Ir J Med Sci. 2013;182:73-80.
5. Agasthian T., Deschamps C., Trastek V.F., Allen M.S., Pairolero P.C. *Surgical management of bronchiectasis*. Ann Thorac Surg. 1996;62(4):976-80.